UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*

MONICA DELICIA AVRAMESCU

DEFECTOLOGIE ȘI LOGOPEDIE

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*



CUPRINS

REZUMATUL CURSULUI

Deficienţa mintală se caracterizează în planul vieţii psihice printr-o serie de trăsături generale specifice: vâscozitate genetică, heterocronie, rigiditate psihică, rigiditate a conduitei, deficienţe de comunicare, heterogenitate, heterodezvoltare intelectuală.

Toate funcţiile şi procesele psihice sunt afectate, într-un fel sau altul, de existenţa handicapului mintal. Astfel, în **plan senzorial-per-ceptiv** se remarcă dificultăţi de analiză, ceea ce determină perceperea globală a obiectului sau a imaginii acestuia în detrimentul sesizării elementelor componente. În ceea ce priveşte **planul reprezentării** se constată imposibilitatea deficientului mintal de a structura un câmp de reprezentare pe bază de simboluri**,** fapt ce dovedeşte funcţionalitatea slabă a structurii semiotice şi absenţa, aproape totală, a limbajului interior. **Gândirea deficientului mintal cu gradul de debilitate** este deficitară la nivelul proceselor superioare ale gândirii, putându-se evidenţia anumite trăsături definitorii: gândire concretă, situativă, bazată pe clişee verbale, pe imitarea mecanică a acţiunilor şi a limbajului celor din jur, lacune majore în achiziţia conceptelor abstracte şi o slabă capacitate de discernământ, dezordini intelectuale etc. **Imaginaţia** la toate formele de nedezvoltare cognitivă este săracă, neproductivă, intensitatea ei fiind invers proporţională cu gradul de gravitate a handicapului, mergând până la absenţa ei. La toate formele de deficienţă mintală apar frecvent tulburări ale imaginaţiei, sub forma **minciunii** şi a **confabulaţiei** În ceea ce priveşte **nivelul mnezic** al deficitului mintal se poate afirma că, în majoritatea cazurilor (exceptând deficienţele severe, grave), acesta nu este modificat în mod evident. Memoria – în formele uşoare şi medii ale deficienţei mintale – este considerată ca având **funcţie compensatorie**, suplinind insuficienta dezvoltare a proceselor cognitive superioare. **Atenţia** deficientului mintal diferă de cea a normalului nu atât sub aspectul performanţelor, cât prin **modalitatea organizării. Limbajul** deficien-tului mintal poartă amprenta caracteristicilor de concretism, rigiditate şi inerţie specifice nivelului gândirii. Cele mai frecvente manifestări ale tulburărilor limbajului pe fondul deficienţei mintale sunt cele de tipul **dislaliei, disgrafiei** şi **dislexiei**. Din punctul de vedere al **afectivităţii**, structurile specifice deficientului mintal sunt specifice psihopatologiei marginale, fiind uşor de depistat fenomene de emoti-vitate crescută, de puerilism şi infantilism afectiv, sentimente de inferioritate şi anxietate accentuate, caracterul exploziv şi haotic al reacţiilor în plan afectiv, controlul limitat al acestora. Diferenţe sesizabile între normal şi deficientul mintal se observă şi dacă ne raportăm la planul **motivaţional**, la deficientul mintal predominând interesele şi scopurile apropiate, trebuinţele momentane, capacitatea redusă de concentrare a atenţiei şi neputinţa de a prevedea momentele mai importante ale activităţii făcându-l pe deficientul mintal (în speţă debilul mintal) să aibă dese insuccese. Aceste particularităţi ale activităţii psihice a deficientului mintal se corelează cu tulburările ce apar în **sfera psihomotricităţii**. Specifice pentru această deficienţă sunt: timpul de reacţie scăzut, viteza diminuată a mişcărilor, imprecizia lor dublată de sincinezii, imitarea deficitară a mişcărilor cu reflectarea lor în oglindă care prelungesc timpul de formare a dexteri-tăţilor manuale şi care au semnificaţie în deprinderile grafice. Putem spune aşadar că personalitatea deficientului mintal este un **sistem decompensat** (C. Păunescu, I. Muşu, 1997).

Etiologia *handicapului mintal constă în aceste stări de defi-cienţă şi/sau incapacitate mintală, care determină scăderea randamentului intelectual şi adaptiv în cauză sub nivelul cerinţelor minime ale contextului social dat.* O clasificare a cauzelor deficienţei mintale mai aproape de realitate este realizată de C. Păunescu şi I. Muşu (1997), autorii desprinzând trei mari categorii (grupe) de factori cauzali ai handicapului mintal: factori biologici (ereditari, genetici), factori ecologici, factori psihosociali.

Privind **tipologia handicapului mintal**, în funcţie de QI (QI – coeficient de inteligenţă) există: **intelect de limită** sau **liminar (**la graniţa dintre normalitate şi handicap), **debilitate mintală** (handicap mintal uşor sau deficienţă mintală moderată, de gradul I), **handicap mintal sever** (deficienţa mintală de gradul al II-lea, sau imbecilitatea), **handicap mintal profund** (deficienţa mintală de gradul al III-lea sau idioţia). ***Debilii mintal*** formează grupa de deficienţă mintală uşoară, *cu un coeficient de inteligenţă între 50-70/80, recuperabili pe plan şcolar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instrucţiei, educaţiei şi exigen-ţelor societăţii.* ***Imbecilitatea,*** *stare mintală deficitară ireversibilă, constă în incapacitatea individului de a utiliza şi înţelege limbajul scris-citit (fără ca acest lucru să fie consecinţa unei tulburări vizuale, auditive sau motrice etc.) şi de a avea grijă de propria-i întreţinere.* **Coeficientul de inteligenţă** asociat acestei forme de deficienţă variază la diferiţi autori **între 20–55/60**, în timp ce **vârsta mintală atinsă de un imbecil se situează în intervalul 3 – 7 ani.** ***Idioţia*** se defineşte după criteriul capacităţii de autoprotecţie, adică al capacităţii de a răspunde de propria securitate în viaţa de toate zilele, fiind încadrată în grupa deficienţelor mintale cu importante tulburări organo-vegetative, senzorio-motrice şi instinctive. Idiotul nu este decât o persoană cu deficit mintal, incapabil să vegheze asupra propriei

sale siguranţe în viaţa cotidiană. Dezvoltarea intelectuală a idiotului se opreşte la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui QI situat sub 20.

Există şi o formă de handicap mintal care acoperă zona de graniţă dintre normal şi patologic şi ea este reprezentată de **handi-capul de intelect liminar,** când vorbim despre un decalaj între vârsta mintală şi vârsta cronologică de 2 ani, 2 ani şi jumătate la 10 ani, decalaj care va creşte treptat până la 5 ani la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul liminar este *plafonarea intelectuală la vârsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a).*

Complexitatea sindromului de deficienţă mintală caracterizat prin nedezvoltarea, oprirea sau perturbarea dezvoltării mintale, în special a funcţiilor cognitive, consecinţă a unor cauze endocongenitale sau apărute în cursul primei copilării, impune necesitatea stabilirii **diagnosticului diferenţial** sub multiple aspecte. Vorbim despre ***diagnostic diferenţial*** în cadrul ***sindromului de deficienţă mintală*** (formele clinice ale sindromului de deficienţă mintală sunt extrem de multiple, în funcţie de natura etiologică, de **gravitatea deficienţei**, de modul de organizare a personalităţii), în raport cu **fenomenologia psihopatologică etc.**

Recuperarea *ca modalitate de intervenţie se referă la resta-bilirea, refacerea sau reconstituirea unei funcţii umane, plecându-se de la premisa că aceasta s-a pierdut*. Noţiunea pare astfel inoperantă în cazul deficienţelor dobândite sau a celor în care este evident imposibilă refacerea. Scopul recuperării constă aşadar în valorificarea la maxim a posibilităţilor individului handicapat, funcţiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea funcţiilor afectate. Se urmăreşte astfel formarea unor abilităţi şi comportamente care să-i permită deficientului o integrare în viaţa profesională şi socială. Metodologia utilizată în acest scop poate fi preponderent **psihologică**, **pedagogică** sau **medicală**. Principalele forme de recupe-rare folosite în cazul handicapului mintal sunt realizate prin: învăţare, psihoterapie şi terapie ocupaţională. Dintre formele psihoterapiei, adecvate handicapului mintal sunt **psihoterapia sugestivă** şi **psihoterapia de relaxare**, ţinându-se seama de gradul crescut de sugestibilitate, influenţabilitate şi dependenţă ale handicapatului mintal. Rezultate foarte bune în recuperarea deficientului mintal oferă **terapia ludică (ludoterapia)** prin care se pot atinge toate obiectivele propuse în recuperare: dobândirea deprinderilor de viaţă cotidiană elementare, formarea abilităţilor de muncă (pentru anumite meserii), câştigarea unei autonomii personale, a posibilităţilor de comunicare şi relaţionare socială, în vederea integrării lor în colectiv şi în societate. **Recuperarea prin terapie ocupaţională** poate fi utilizată cu succes în toate formele de handicap mintal, sub diferite forme: **ludoterapia**, **arterapia**, **dansterapia**, **ergoterapia**. În toate aceste tipuri de terapii trebuie să se pună accent pe **compensare**, stimulându-se funcţiile senzoriale şi psihice normale, nealterate. Putem afirma că *o intervenţie de tip recuperativ în cazul unei deficienţe mintale a avut succes dacă persoana cu handicap mintal a căpătat un anumit nivel de autonomie personală, şi-a însuşit abilităţi motorii şi dexterităţi manuale, fiind capabilă să exercite o profesie, dacă şi-a format comportamente adecvate la situaţie, dacă poate comunica oral şi în scris, dacă are format simţul autocontrolului etc.*

Există o serie de sindroame clinice care se asociază cu diferite grade de deficienţă mintală. Cele mai frecvent întâlnite dintre acestea sunt prezentate succint în tabelul de mai jos.

SINDROAME	ETIOLOGIE	CARACTERISTICI	NIVEL RETARD MINTAL
Sindromul DOWN (Trisomia21 sau **Mongolism)**	Anomalie cromozomială (3cromozomi x în loc de 2)	– gură şi dinţi mici; – ochi oblici; – mâini scurte, cu degetul mic curbat; – cap cu occiput plat.	În general un Q.I. între 20 şi 50 **(handicap mintal sever** sau chiar **profund)**
Oligofrenia fenil-piruvică	Eroare meta-bolică eredi-tară, lipsind enzima care să neutralizeze fenilalanina (extrem de toxică)	– lipsa pigmentului (păr extrem de blond, ochi de un bleu foarte deschis)	Se asociază cu **handicapul mintal sever** sau **profund**.
Galactosemia	Lipsa galac-tozei-1-fosfat		
Gargoilismul	Afectarea depozitării mucopolizaharidelor	– trăsături groteşti; – abdomen proeminent; – malformaţii cardiace.	**Toate catego-riile de han-dicap mintal (de la uşor la profund).**
Hipotiroidismul	Deficit de iod sau	– creştere deficitară;	

(Cretinismul)	(rar) tiroidă atrofică	– piele buhăită; – apatie.	
Hidrocefalia	**-** Anomalii de dezvoltare ereditare; - Meningită	**–** creştere rapidă a volumului capului	
Microcefalia	- Iradiere în timpul sarcinii; - Infecţii ale mamei.		**1/5 cazuri de retard mintal instituţionalizat** (vezi 3–bibliografie)

Deficienţa de vedere este o deficienţă de tip senzorial şi constă în diminuarea în grade diferite (până la pierderea totală) a acuităţii vizuale. Handicap vizual înseamnă aşadar scăderea acuităţii vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vieţii intrauterine până la moarte. Handicapul vizual apare aşadar din cauza insuficientei funcţionări (sau chiar a eliminării) a analizatorului vizual.

Deficienţa de vedere se poate clasifica în funcţie de mai multe criterii: *gradul (gravitatea) defectului vizual* (deficienţa vizuală prezintă de la pierderea totală a capacităţii vizuale şi până la ambliopie diferite grade, astfel încât între cecitatea absolută şi ambliopie mai există – după un termen introdus de Truc – şi o „cecitate relativă”; cecitatea – orbirea reprezintă aşadar un handicap major sau total de vedere, presupunând lipsa completă a văzului), *momentul instalării defectului vizual* (deosebim astfel *defecte congenitale, defecte surve-nite* **–** în copilăria timpurie, la vârsta anteşcolară, preşcolară, şcolară şi *defecte tardive).* Orbii congenital sunt complet lipsiţi de reprezentări vizuale, iar la orbii cu defect vizual survenit – ţinându-se cont de timpul care a trecut de la apariţia defectului până la vârsta actuală – se păstrează o serie de imagini vizuale care pot avea o influenţă însemnată asupra particularităţilor psihologice individuale. Există şi două tipuri speciale de cecitate: cecitatea isterică şi agnozia vizuală. În cazul **cecităţii isterice,** din punct de vedere fiziologic şi anatomic, analizatorul vizual nu prezintă nici o disfuncţie, dar din punct de vedere psihic subiectul refuză inconştient să vadă (de exemplu un traumatism /şoc emoţional în care informaţia vizuală a jucat un rol major – subiectul şi-a văzut soţia în flăcări în propria casă arzând, fără a o putea salva). **Agnozia vizuală** este fenomenul aflat la polul opus, din punct de vedere fiziologic şi anatomic analizatorul vizual fiind evident afectat, însă subiectul vrea /crede că vede Există şi criteriul **etiologiei** cecităţii şi ambliopiei, în funcţie de care deosebim atâtea categorii de deficienţi vizual câte cauze pot provoca defecte vizuale.

Cauzele cecităţii şi ale ambliopiei nu pot fi studiate separat, aceleaşi afecţiuni oculare putând provoca leziuni şi modificări de diferite grade ale analizatorului vizual. Nu se poate vorbi în general despre cauzele deficienţelor vizuale, în această privinţă existând dife-renţe destul de pronunţate de la o epocă la alta, de la o regiune geografică a lumii la alta. În plus se poate discuta despre cauzele cecităţii şi ale ambliopiei şi în funcţie de perioada de vârstă în care se manifestă cu preponderenţă (cauze ale cecităţii congenitale dobândite în copilărie, tardiv sau numai la bătrâneţe). Cele mai importante cauze sunt: afecţiunile analizatorului vizual, afecţiuni organice generale care pot determina deficienţa vizuală, traumatismele oculare etc.

Privind ***particularităţile deficientului vizual*** se constată o schim-bare a expresiei feţei, care se datorează lipsei funcţiei expresive a ochilor, o dezvoltare fizică întârziată (W. Dabe vorbind despre o rămânere în urmă în medie de 2 ani), atitudini deficiente globale (mai frecvente sunt: atitudini globale rigide, atitudini cifotice şi musculatura insuficient dezvoltată).

Din cauza activităţii motrice reduse şi a deficienţelor în dezvoltarea somatică, apar şi tulburări la nivelul sistemelor circulator şi respirator, respiraţia fiind superficială, lipsită de amplitudine. Un aspect special al acestor particularităţi îl constituie manierismele, ticurile sau manifestările motrice negative. Literatura de specialitate descrie o serie de manierisme specifice deficienţilor vizual, denumite de literatura anglo-saxonă: *blindisme.* O altă particularitate a psihomotricităţii nevăzătorului constă în faptul că *schema corporală* se realizează mai târziu şi mai greoi decât la copilul văzător.

În recuperarea ***persoanelor cu ambliopie*** se acţionează în primul rând asupra ocrotirii vederii restante, prin limitarea activităţii vizuale şi evitarea condiţiilor de lucru care ar putea dăuna. Conservarea vederii presupune utilizarea ei în condiţii optime şi de aceea un obiectiv important în recuperarea copiilor cu ambliopie este acela de a-l învăţa pe elev să-şi folosească posibilităţile vizuale şi de a-i dezvolta capacitatea de a percepe activ şi sistematic. Recuperarea se individualizează în funcţie de caz pentru a stabili un echilibru raţional al mecanismelor

compensatorii, făcând ca anumite mecanisme să devină dominante şi frânând acţiunea altora inutile sau dăunătoare. Recuperarea nu se poate desăvârşi numai prin exercitarea ei în procesul de învăţământ, ci ea trebuie făcută permanent în funcţie de gradul de handicap al fiecărui copil. Deci educaţia trebuie făcută individual.

Particularităţi ale explorării vizuale în cazuri patologice (boli neurologice, boli psihice, deficienţe mintale). În multe cazuri de *agnozii* există tulburări de comportament oculomotor. Agnozia este incapacitatea individului de a recunoaşte obiecte uzuale, în pofida păstrării intacte a organelor de simţ şi a unei inteligenţe normale. A. R. Luria, L. A. Iarbus (anii '60) au arătat că în *agnozia vizuală* se întâlnesc tulburări ale oculomotricităţii, mişcările oculare voluntare fiind modificate faţă de normal atunci când bolnavul încearcă să recunoască un obiect cu privirea. Mişcările oculare în acest caz sunt haotice, extrem de numeroase, neeconomice, cu multe *zone* de fixare a privirii care se suprapun. În *alexia agnozică* sau în *agnozia de simultaneitate* există tulburări ale oculomotricităţii, când deşi ele-mentele componente ale unui obiect perceput sunt recunoscute separat, în sine, ele nu pot fi grupate de către individ într-un tot, în imaginea unitară a obiectului respectiv. Un caz particular în care perturbarea oculomotrică intervine în prim plan este *sindromul Balint* – 1909 (*paralizia psihică a privirii*), caracterizat prin imposibilitatea bolnavului de a percepe stimulii vizuali periferici, reflexul de fixare a privirii fiind perturbat (bolnavul neputând să-şi desprindă privirea de la un obiect la care s-a fixat). Paraliziile cerebrale sunt însoţite frecvent de tulburări ale mersului, ale organizării oculomotricităţii. În domeniul psihiatriei s-a încercat relevarea particularităţilor explorării vizuale în cazul *bolnavilor psihici*. În urma unor cercetări (S. Tasiak, W. Thomas – 1970) s-a constatat că cei cu boli psihice evită să exploreze vizual fotografiile de oameni, îndeosebi faţa acestora, fiind mai interesaţi de explorarea vizuală a pozelor cu animale, cu obiecte etc. Sunt studii (R. Osaka, J. R. Davies) care arată că şi în cazul *deficienţilor mintal* apar tulburări ale mişcărilor oculare, precizia şi eficacitatea mişcărilor de urmărire vizuală şi a mişcărilor sacadate exploratorii tind să crească o dată cu vârsta mintală a individului deficient şi nu cu vârsta sa cronologică.

Handicapul de auz aparţine unei categorii mai ample de handicapuri – cele *senzoriale* (din care face parte şi deficienţa de vedere) şi reprezintă *diminuarea sau pierderea totală sau parţială a auzului.* Atunci când handicapul de auz există de la naştere sau când apare de timpuriu (mica copilărie), dificultăţile în însuşirea limbajului de către copil sunt majore – vorbim despre fenomenul *muţeniei* care însoţeşte pierderea totală a auzului. În cazul în care degradarea auzului se produce după achiziţia structurilor verbale şi nu se intervine în sens recuperator, se instalează un proces de involuţie la nivelul întregii activităţi psihice. Putem spune că, în timp ce pierderea auzului înaintea vârstei de 2-3 ani are drept consecinţă *mutitatea (copilul devenind surdomut*), dispariţia simţului auditiv la câţiva ani după însuşirea limbajului de către copil determină dificultăţi în menţinerea nivelului atins, chiar regresii în plan verbal (din punct de vedere al vocabularului, al intensităţii vocii sau al exprimării gramaticale).

După *gradul (gravitatea) deficitului de auz* identificăm: **hipoa-cuzia** (diminuarea/degradarea auzului între 0-90 dB) şi **surditatea** sau **cofoza** (pierderea totală a auzului – peste 90 dB). Hipoacuzia poate avea, la rândul ei, grade diferite de gravitate: hipoacuzie uşoară (pierdere de auz de 0-30 dB), hipoacuzie medie (între 30-60 dB) şi hipoacuzie severă sau profundă (între 60-90 dB). Termenul „pierdere de auz" sau „**hipoacuzie**" nu implică surditate totală (cofoza). O persoană surdă (cofotică) este incapabilă de a procesa sau auzi sunete cu sau fără un aparat auditiv, în timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz.

Există ***cauze*** ale deficienţei de auz **ereditare** şi cauze ale defi-cienţei de auz **dobândite**. În prima categorie (a cauzelor deficienţei de auz ereditare) includem posibilele anomalii cromozomiale transmise de la părinţi la copii, în timp ce în a doua categorie (cauze ale deficienţei de auz dobândite) găsim trei tipuri de cauze: a. *cauze prenatale* – care intervin pe perioada sarcinii şi constau în maladii infecţioase ale gravidei, tulburări ale metabolismului, afecţiuni endocrine, hemoragii, ingerarea de substanţe toxice (de exemplu, alcool), incompatibilitatea factorului Rh (mamă – făt), traumatisme fizice etc.; b. *cauze perinatale (neonatale*) – constând în leziuni anatomo-fiziologice în timpul naşterii, hemoragii, anoxie sau asfixie albastră etc.; c. *cauze postnatale* – de natură toxică sau traumatică (infecţii – otită, rujeolă, stări distrofice, accidente, lovituri la nivelul urechii, expuneri îndelungate la stimuli auditivi foarte puternici – exemplu, muzică ascultată tare la căşti etc.). Cele mai frecvente *cauze al hipoacuziilor de transmisie* se regăsesc în perioada copilăriei: dopul de cerumen, infecţiile urechii medii (otită medie), în timp ce cauzele hipoacuziei neurosenzoriale la copii sunt: congenita, trauma acustică, infecţii de diferite tipuri (pojarul, oreionul, meningita sau tusea convulsivă).

În **diagnosticarea handicapului de auz** se foloseşte o tehnică cu grad ridicat de precizie: *audiometria*, care poate fi folosită după vârsta de 3 ani. Ea constă în măsurarea acuităţii auditive separat pentru fiecare ureche în parte şi întocmirea audiogramei (grafic repre-zentând comparativ acuitatea auditivă a ambelor urechi). Pe baza studierii audiogramei se poate depista tipul deficienţei de auz şi se va urmări compensarea acolo unde este cazul. În jurul vârstei de 3 ani se pot utiliza unele *teste de auz*, cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinner şi testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite să diferen-ţieze surdităţile de percepţie de cele de transmisie şi ajută totodată, la depistarea unor forme de cofoză mixtă, folosind ca instrument de lucru diapazonul.

Deficienţa de auz afectează într-o măsură mai mare sau mai mică (în funcţie de gradul pierderii auzului) toate palierele vieţii psihice a individului, atât din punct de vedere cantitativ, cât şi calitativ. Se ştie că prin ea însăşi disfuncţia auditivă nu are efect determinant asupra dezvoltării psihice, totuşi ea duce la instalarea *mutității* care stopează dezvoltarea limbajului şi restrânge activitatea psihică de ansamblu. Unele forme ale handicapului de auz pot determina şi o întârziere intelectuală, cauzată de modificarea rapor-tului dintre gândire şi limbaj. O dată cu asigurarea condiţiilor de **demutizare pentru surdomut şi de stimulare a comunicării verbale pentru hipoacuzici** se pun bazele formării gândirii noţional-verbale şi se facilitează dobândirea de experienţe, de cunoştinţe, de cultură, imprimând caracter informativ şi formativ activităţii cu handicapaţii de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, şcolii şi cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifică pentru formarea comunicării verbale şi crearea posibilităţilor de învăţare a limbajului. O asemenea metodologie vizează formarea comunicării verbale, care trebuie să pornească de la ideea că procesul de învăţare se va baza pe mimicogesticulaţie, labiolectură şi, într-o oarecare măsură, pe dacti-leme. Dar la hipoacuzici şi la surdomuţii în curs de demutizare, forma principală de învăţare trebuie să alterneze, în funcţie de structura clasei de elevi învăţarea intelectuală şi învăţarea efectivă. **Obiectivele generale ale intervenţiei recuperatorii în deficienţa de auz totală** sunt:

- realizarea demutizării;
- conservarea şi dezvoltarea limbajului verbal la deficienţii care au dobândit surditatea după ce au asimilat limbajul.

Demutizarea presupune *trecerea de la limbajul mimico-gesticular la cel verbal*. Limbajul mimicogesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifică cuvinte, litere şi stări de spirit. Spre deosebire de copilul surd, a cărui recuperare se bazează aşadar pe demutizare, amplificarea sunetelor este cheia către comunicarea copilului cu hipoacuzie cu lumea înconjurătoare. Pentru a oferi stimularea auditivă de care are nevoie acesta este indicat ca **protezarea auditivă** să se realizeze imediat după punerea unui diagnostic timpuriu. Bineînţeles că un aparat auditiv nu va face ca pierderea de auz a hipoacuzicului să dispară, ci doar va amplifica sunetele prea slabe pentru a fi auzite de copil.

Importanta limbajului mimico-gestual pentru comunicarea dintre surzi. Limbajul mimico-gestual trebuie tratat în legătură cu funcţia semiotică, cu geneza simbolului la copil, cu evoluţia limbajului intern sau cu problema psihologică a semnificaţiei în general. Funcţia semiotică e ea însăşi o structură şi are o geneză proprie. Se consideră că funcţia semiotică e alcătuită din cinci conduite semiotice ce apar oarecum spontan, la copilul normal în al doilea an de viaţă: imitaţia amânată, jocul simbolic, imaginea grafică, imaginea mintală şi evo-carea verbală. La copilul handicapat de auz se constituie o a şasea conduită semiotică – *limbajul mimico-gestual* – care tinde să compen-seze conduita de evocare verbală.

Trebuie subliniat că în cazul *părinţilor surdovorbitori*, cu demutizare avansată, mai ales a celor cu studii medii sau superioare, modalitatea de comunicare mimico-gestuală este extrem de redusă, ei comunicând cu copilul lor mai ales prin labiolectură. Dezvoltarea limbajului verbal al copiilor auzitori din cadrul familiilor de surdo-vorbitori urmează evoluţia normală a copiilor din familiile de auzitori. Copilul surd dezvoltă limbajul gestual în acelaşi mod şi în aceeaşi perioadă de timp în care copilul auzitor îşi dezvoltă limbajul verbal. Desigur, condiţia acestei dezvoltări este ca fiecare formă de limbaj să fie stimulată cu un stimulent adecvat.

S-a constatat că acei copii surzi proveniţi din părinţi surzi, vin la şcoală cu un bagaj mai bogat de cunoştinţe decât cel al copiilor surzi din familiile de auzitori care n-au folosit limbajul gestual în comu-nicarea cu ei. Acest limbaj, folosit efectiv în comunicare, le-a permis copiilor surzi să cunoască mediul înconjurător şi în acelaşi timp să exprime dorinţe, gânduri, opinii. Mai târziu, achiziţiile mimico-gestuale contribuie la fertilizarea învăţării limbajului oral. Fiind familiarizaţi cu deficienţa lor, aceşti surzi îl acceptă de timpuriu şi au mai puţine probleme de adaptare psihologică şi socială.

Este ştiut faptul că limbajul verbal se dezvoltă cu multă dificultate la elevii surzi pentru a deveni un instrument eficient de comunicare şi de cunoaştere. Pentru a se realiza acest deziderat e absolut necesar ca elevii surzi să-şi formeze reprezentări interne consistente şi bine consolidate cu care să opereze pe plan interior. Or, acest nivel al reprezentărilor interne nu se poate realiza, de obicei, la majoritatea elevilor surzi din cauza mai multor factori: motivaţia scăzută pentru vorbirea orală, utilizarea tot mai rară a vorbirii articu-late după ce elevii surzi intră în viaţa productivă şi folosirea preponderentă a limbajului mimico-gestual pentru satisfacerea nece-sităţilor de comunicare în cadrul vieţii sociale.

S-a observat o insuficienţă a limbajului gestual în comparaţie cu cel verbal. Limbajul verbal are un grad înalt de convenţionalitate faţă de conţinutul realităţii pe care o denumeşte; gestul însă este strâns legat de concret. Comunicarea prin gesturi este faţă în faţă percepându-se vizual gestul şi toate mişcările mimice şi expresive. Gesticulaţia are o mai mare libertate de expresie, este mai puţin limitată de organizarea gramaticală puternic structurată. Acelaşi volum de informaţie poate fi transportat în aproximativ acelaşi volum de timp convenţional, cu ambele forme de limbaj. Totuşi, execuţia gesturilor necesită mai mult timp în medie decât în cazul emiterii verbale a cuvintelor. În precizarea naturii raportului dintre gesturi şi cuvinte un rol mare îl joacă *contextul* în care se petrec evenimentele. În ansamblu, limbajul gestual dă impresia unei limbi abreviate mai extinsă sub unele aspecte (bogăţie de idei comunicate printr-un gest) şi mai redusă în altele, în raport cu limba sonoră, el constituind baza de pornire pentru recuperarea deficientului de auz.

Deficienţele fizice *sunt definite ca abateri de la normalitate, în forma şi funcţiile fizice ale organismului, care tulbură creşterea normală şi dezvoltarea armonioasă a corpului, modifică aspectul exterior, reduc aptitudinile şi puterea de adaptare la efortul fizic şi diminuează capacitatea de muncă productivă a individului.* **Defi-cienţele fizice** se constituie deci ca invalidităţi corporale care slăbesc puterea şi mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă de handicap cuprinde atât **infirmii motorii** sau **locomotori** (de motri-citate), cât şi pe cei care suferă de unele **boli permanente – cronice** (boli respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influenţează negativ capacitatea fizică a individului. În această categorie pot fi încadrate şi persoanele cu **afecţiuni senzoriale** (surzii şi orbii), ţinând cont de particularităţile lor specifice deosebite.

Cauzele deficienţelor fizice şi psihomotorii se prezintă sub o mare varietate şi pot să afecteze în grade diferite organismul. Pot fi sistematizate după **diferite criterii** în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, al *originii*, *cauzele* pot fi împărţite în interne şi externe. Cauzele ***interne*** sunt determinate de procesele de creştere şi de dezvoltare, de natura funcţiilor somatice, organice şi psihice, iar cauzele ***externe*** sunt raportate la condiţiile de mediu, de viaţă şi de educaţie ale individului. În funcţie de *caracterul direct / indirect* există cauze cu ***acţiune directă***, care interesează elementele proprii ale deficienţei şi cauze ***indirecte*** care produc o afecţiune sau o deficienţă morfologică sau funcţională. Frecvent se utilizează şi criteriul de împărţire a ***cauzelor în predispozante (favorizante) şi determinante (declanşatoare).*** Cauzele favorizante sau predispozante (care pot cauza deficienţe fizice) sunt în legătură cu ***ereditatea***, cu ***influenţele nocive*** pe care le suferă organismul fătului în ***viaţa intrauterină*** etc. **Factorii determinanţi (declanşatori)** sunt cei care prin apariţia şi acţiunea lor **determină** dezvoltarea deficienţelor fizice şi psiho-motorii. Ei pot acţiona ***în perioada intrauterină***, ***în timpul travaliului*** sau ***în perioada copilăriei***.

Deficienţele fizice sunt grupate, alături de **deficienţele senzo-riale,** în categoria **deficienţelor somatice** sau **biologice** după mai multe criterii: **prognosticul** (evoluţia) deficienţei fizice (**deficienţe neevolutive** – statice, fixate definitiv, foarte greu de corectat – şi **deficienţe evolutive** – care progresează sau regresează, putând fi corectate, într-o proporţie mai mare sau mai mică, mai uşor sau mai greu), **gravitatea** (**deficienţe fizice uşoare,** care se pot corecta destul de uşor şi total - exemplu: deficienţa cifotică, gâtul înclinat lateral sau înainte etc., **deficienţe de grad mediu** în care sunt înglobate defectele morfologice şi funcţionale staţionare sau cu evoluţie lentă, care se corectează parţial sau rămân nemodificate – exemplu: cifoze, lordoze, deformaţii ale abdomenului, toracelui etc. şi **deficienţe accentuate** care constau în modificări patologice ajunse într-un stadiu avansat de evoluţie – exemplu malformaţiile aparatului locomotor), **localizarea şi efectele deficienţei** (deficienţe morfologice şi deficienţe funcţionale. Ambele categorii mari de deficienţe pot fi subîmpărţite în funcţie de întinderea şi de profunzimea deficienţei în: **deficienţe globale** (generale sau de ansamblu) **şi deficienţe parţiale** (regionale, segmen-tare sau locale).

E. Verza clasifică deficienţele morfologice globale în: *deficienţe de creştere,* de *nutriţie, de atitudine, deficienţe ale tegumentelor, ale musculaturii, oaselor sau articulaţiilor.* A doua categorie de deficienţe fizice morfologice sunt deficienţele morfologice parţiale în care sunt incluse: *deficienţe ale capului, ale feţei, deficienţe ale gâtului, trunchiului / toracelui, ale abdomenului etc.* A doua mare clasă de deficienţe fizice este reprezentată de deficienţele funcţionale în care includem: *deficienţe ale*

aparatului neuromuscular (diferitele forme şi grade de paralizii, tulburările de mers, de echilibru, de ritm, de coordonare a mişcărilor) şi *deficienţe ale marilor aparate şi funcţiuni ale organismului* (exemplu ale aparatului respirator).

Privind **recuperarea deficienţelor fizice**, trebuie avut în vedere faptul că înainte de a corecta / trata o deficienţă fizică este bine *să prevenim* apariţia ei prin măsuri de îngrijire primară şi secundară (exemplu vaccinări – împotriva bolilor transmisibile, asanarea solului, aprovizionarea cu apă, examene medicale periodice ale gravidei şi copilului, supravegherea regimului nutriţional etc.), la care se adaugă şi cele cu caracter terţiar care împiedică transformarea unei incapacităţi în handicap (incluse în programele de readaptare a copilului / adultului cu deficienţă). Atunci când există deja o deficienţă motorie (fizică) *demersul corector* debutează prin *evaluarea potenţialului psihomotor al copilului*, pentru ca ulterior importantă să fie educaţia copilului deficient fizic, implicit şi *educaţia familiei lui*. Pe lângă *terapia de tip psihologic* (realizată individual sau în grup – cu grup suportiv), în recuperarea deficienţilor fizic se apelează cu precădere la corectarea deficienţei (acolo unde se poate) prin *exerciţii de gimnastică, fizioterapie, prin kinetoterapie, reflexoterapie, acu-punctură* etc. În cadrul aspectelor de consiliere psihologică trebuie să abordăm şi problema **impactului psihologic al deficienţei fizice asupra copilului.** *Acest impact este diferit, în funcţie de grupa de vârstă şi de tipul handicapului.* Importante sunt şi **reacţiile copilului la boală şi mai ales la durere**. **Recuperarea fizică** – exerciţiul fizic – folosită în scop profilactic, dar mai ales corectiv, influenţează nu numai forma şi structura ţesuturilor corpului omenesc, ci echilibrează concomitent funcţiile fiecărui organ, realizând o stare de sinergie şi de solidaritate funcţională. Aşadar, în funcţie de tipul de deficienţă fizică sau psihomotorie, de vârsta persoanei respective, de potenţialul ei fizic şi psihic se va proceda la o modalitate sau alta de intervenţie de tip recuperator.

Sindromul hiperkinetic (hiperactiv)

Simptomele acestui sindrom (exasperante şi sâcâitoare) sunt produsul unui proces inflamator la nivelul creierului copilului (encefalită). Copilul hiperkinetic, agitat, violent se situează la polul opus copilului paralitic, înţepenit, izolat, apatic. Vorbirea hiper-kineticului poate fi normală, clară, neinhibată sau poate fi limitată sau complet absentă. În mod obişnuit, mişcările ample ale corpului sunt bine dezvoltate, dar se observă o lipsă de coordonare a celor care necesită precizie. Stările convulsive de tip „petit mal” sau crizele de tip epileptiform nu sunt ceva neobişnuit la acest copil. O altă caracteristică prezentă este legănatul, fie el lateral, frontal, în picioare sau aşezat, cu aplecare până la pământ sau stând în genunchi şi pe coate şi izbindu-şi fruntea de saltea sau de podea. Adesea este prezent un alt simptom ciudat: accelerarea ritmului respirator. Somnul poate fi şi el tulburat, aşa cum pot apărea şi probleme de alimentaţie, zbucium fără rost, obiceiuri bizare, capricii alimentare. Hiperkineticul se distinge de asemenea printr-o lipsă de concentrare a atenţiei, el putând fi uşor de distras de la o activitate sau preocupare. Masturbarea se poate prelungi excesiv în tinereţe, iar stimularea senzorială, îmbrăcând variate forme, ia proporţii care depăşesc normalul, apropindu-se de obsesie. Deşi facultăţile intelectuale ale copilului hiperkinetic nu sunt grav afectate, se poate remarca totuşi un anumit grad de deteriorare cognitivă.

Cum lucrăm cu un copil cu asemenea trăsături? La baza edu-caţiei lui trebuie să stea ideea că acesta are nevoie de spaţiu şi de posibilităţi reale pentru a-şi descărca energia şi forţa fizică, cu scopul ajutării altor persoane (fiind motivat de asemenea acţiuni). Este necesar să întărim la acest copil detaşarea şi prudenţa, să nu-l expunem la foarte mulţi stimuli, mai ales noi (aşadar, metodele edu-cative moderne, bazate pe stimulare intensă, constantă, se dovedesc dezastruoase pentru hiperkinetic). El are nevoie de un mediu armo-nios, care să-i ofere stabilitate, situaţii bine definite. Esenţiale sunt dragostea şi grija părintească, care trebuie menţinute chiar şi atunci când situaţia impune îndepărtarea temporară a copilului. Un exerciţiu util şi eficient în lucrul cu copilul hiperkinetic este cel al perceperii formelor „în oglindă” (exemplu: copilul trebuie să meargă pe un traseu – linie – un număr de paşi într-o direcţie şi apoi trebuie să refacă forma traseului ca în oglindă în direcţia opusă) sau al vorbirii „în oglindă” (cuvinte/propoziţii pronunţate în ordine firească, apoi inversate).

Tulburările de comportament sau modificările de compor-tament sunt forme de dezechilibru psihic, ce implică tulburări în sfera emoţional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre-sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă (I. Străchinaru, 1994). Aceste devieri de conduită sunt aşadar nu doar abateri de la normele stării de sănătate, ci şi de la normele morale, cu daune resimţite în raporturile sociale normale.

Putem afirma că adolescentul / tânărul cu tulburări de compor-tament îşi dezvoltă anumite **trăsături de personalitate** specifice, diferite de cele ale individului cu un comportament normal: *modificări la nivelul structurilor morale, modificări la nivelul relaţiilor afective, scăderea pragului de toleranţă la frustraţie, egocentrism ridicat, perturbarea sentimentelor de culpabilitate*, puternice sentimente de *devalorizare, de injustiţie*, existenţa *contrarietăţilor Eu-lui, slabă consistenţă şi*

echilibru intern, alterarea relaţionării cu persoanele iubite, *tulburări de cunoaş-tere, perturbările de apărare, deformarea conceptului de libertate,* denigrarea s*entimentelor umanitare. Imaginea de sine* a tinerilor cu tulburări comportamentale este inadecvată şi săracă în privinţa structurării conţinutului ei, acest mare şi grav *deficit de maturizare socială* generând la nivelul psihicului disfuncţii şi chiar diverse forme de dispersie.

Nu există în literatura ştiinţifică suficient de multe date calculate pe întreaga populaţiei infantilă a ţării pe sexe, vârste şi mediu social, pentru a putea afirma care este în România frecvenţa acestor tulburări de comportament. Totuşi s-au făcut studii pe adolescenţi şi copii (vezi I. Străchinaru sau R. Răşcanu) care au arătat că *pe sexe,* distribuţia tulburărilor de comportament se exprimă în favoarea băieţilor faţă de fete (unele studii arată un procent de 2 ori mai mari la băieţi, în timp ce altele indică preponderenţa 9/1), în timp ce, *pe vârste*, curba frecvenţei cazurilor este mai accentuată între 7-15 ani. Ca *răspândire teritorială*, diferenţa dintre mediul urban şi cel rural este cu mult în favoarea primului (de 4 ori mai mare fiind procentul de copii / adolescenţi cu tulburări de comportament la oraş), poate şi pentru că, la sate, spre deosebire de mediul urban, supravegherea copiilor de către părinţi este mai strictă, continuă, aceştia din urmă antrenându-şi copiii în munci productive, dându-le astfel ocupaţii precise de la o vârstă fragedă.

Cauzele incriminatorii pentru apariţia tulburărilor de comportament sunt extrem de numeroase, de variate şi de complexe. Ele pot fi grupate în mai multe categorii mari: *boli organice* (epilepsia, traumatismele cranio-cerebrale şi oligofreniile), *boli psihice ale minorilor (*schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă şi aspectele reactive ale nevrozei), *cauze genetice (*anumite aberaţii cromozomiale transmise de la părinţi la copii), *particularităţi ale mediului înconjurător (*exemplu *neînţelegerile intrafa-miliale, disocierea grupului familial prin boli cronice grave, absenţa unuia dintre părinţi, divorţul* etc.), *particularităţi de personalitate (*o structură de personalitate dezechilibrată, imatură, uşor sugestionabilă şi influenţabilă, cu o imagine de sine neformată încă sau deformată în sensul subestimării de sine, cu o slăbiciune / înclinaţie spre ascensiune, realizare rapidă, cu minim de efort şi spre atitudini şi comportamente şocante, ieşite din comun, spectaculoase în sine).

Tabloul acestor tulburări comportamentale cuprinde succint: *minciuna, instabilitatea, irascibilitatea, impulsivitatea, furtul, fuga şi vagabondajul, eşecul şcolar, incendierile voluntare, alcoolismul şi dependenţa de drog, devierile sexuale, omuciderea, autopuniţia (autopedepsirea),* s*uicidul şi tentativa de suicid*.

Înainte de a interveni pentru a corecta o tulburare de compor-tament se va urmări prevenirea instalării ei. *Profilaxia,* alături de mijloacele medicale, implică o serie de aspecte de intervenţie la nivelul structurii şi relaţiilor familiale ale copilului sau adolescentului, a posibilităţilor de influenţare a familiei lui, a problemelor general educative ca şi a celor psiho-pedagogice. O primă măsură este aceea a *sfatului genetic* acordat persoanelor predispuse sau care prezintă trăsături de personalitate evident anormale şi care trăiesc într-un mediu familial deficitar *în ideea de a nu avea copii,* fapt care, practic, se realizează cu foarte mari dificultăţi. *Tratamentul medicamentos* este prescris de medic în funcţie de natura nosologică şi clinică a tulburărilor de comportament, de stadiul evolutiv şi de vârsta pacienţilor. Unele trăsături psihopatice şi în special reacţiile de tip excitabil, pot fi influenţate de medicaţia psihotropă, în afara acţiunii lor propriu-zise, psihotropele sporind întotdeauna permeabilitatea psihică şi oferind o mai bună inducţie abordărilor psihoterapeutice şi o mai mare deschidere spre mijloacele psihosocioterapeutice. În funcţie de simptome se pot utiliza şi alte medicamente ca neurolepticele, sedativele sau tranchilizantele. *Tratamentul psihotrop* efectuat în clinicile de psihiatrie este rezervat mai ales unor faze acute de decompensare comportamentală. Datorită randamentului activităţii prin efectele secundare pe care le produce acest tratament, se impune totodată luarea altor măsuri de ordin psihosocioterapeutic. În cazul majorităţii tulburărilor de comportament se utilizează *terapia de tip psihologic,* cu atât mai eficientă cu cât este aplicată mai de timpuriu copilului sau adolescentului cu probleme.

Prin **tulburare de limbaj** înţelegem toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii cât şi al perceperii, începând de la dereglarea componentelor cuvântului şi până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă (M. Guţu, 1975). Tulburările de limbaj se diferenţiază de particularităţile vorbirii individuale; acestea din urmă reprezintă variaţii în limitele normalului ale limbajului. Handicapurile de limbaj apar prin acţiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul naşterii sau după naştere.

Există **cauze** ale tulburărilor de limbaj *care pot acţiona în timpul sarcinii* (exemplu diferitele intoxicaţii şi infecţii, sarcină toxică, cu vărsături şi leşinuri dese, bolile infecţioase ale gravidei etc.), *în timpul naşterii* (naşterile grele şi prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixierile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoar-ţei cerebrale, hemoragiile prelungite din

timpul sarcinii etc.), *cauze care acţionează după naştere (post-natale)* (*organice, funcţionale, psiho-neurologice, psiho-sociale, alte cauze).*

O **clasificare a tulburărilor de limbaj** este cea elaborată de **E. Verza** (1982), clasificare care ţine seama de mai multe criterii în acelaşi timp: anatomo–fiziologic, lingvistic, etiologic, simpto-matologic şi psihologic, potrivit căreia există: *tulburări ale pronunţiei* (dislalie, rinolalie, dizartrie), *tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii* (bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree), *tulburări de voce* (afonia, disfonia, fonastenia), *tulburări ale limbajului citit – scris* (tulburări totale – agrafia şi alexia şi tulburări parţiale – disgrafia şi dislexia), *tulburări polimorte de limbaj* (afazia, alalia*), tulburări de dezvoltare a limbajului* (mutismul psihogen şi retardul sau întârzierea în dezvoltarea generală a vorbirii) şi *tulburări ale limbajului bazate pe disfuncţii psihice* (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii). Orice abatere de la normele presta-bilite ale bazei de articulare, se situează în domeniul *tulburărilor de pronunţie,* dintre care **dislalia** („pelticia” în popor) este cea mai frecventă şi reprezintă 90% din totalul tulburărilor de limbaj. ***Rinolalia*** (în popor numită *„fonfăială”, adică vorbire pe nas*) este o formă a dislaliei, de aceea se mai numeşte şi dislalie „organică”, *constând în pronunţarea nazonată a sunetelor*. **Dizartria** *se manifestă printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu o pronunţată rezo-nanţă nazală în care monotonia vorbirii se îmbină cu pronunţarea neclară.* C. Stănică şi E. Vrăşmaş definesc **bâlbâiala** ca fiind o tulburare a vorbirii ce se manifestă prin *„dezordini intermitente ale pronunţiei, repetări convulsive şi blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificulăţi în articularea unor cuvinte*”. De fapt bâlbâiala este o tulburare de ritm a vorbirii şi constă în repetarea unor silabe la începutul şi mijlocul cuvântului, cu pauze între acestea, sau apariţia spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator, care împiedică desfăşurarea vorbirii ritmice şi cursive. *Logonevroza* este o altă tulburare de ritm şi fluenţă a vorbirii şi presupune, pe lângă o repetare a sunetelor, silabelor şi cuvintelor, de batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii faţă de vorbire, de mediul înconjurător şi o prezenţă a spasmelor, încordării, a unei preocupări exagerate faţă de propria vorbire. Caracteristică acestei tulburări este *logofobia* (teama crescută de a vorbi, mai ales în public sau în condiţii de stres emoţional). *Tahilalia* este caracterizată printr-o vorbire exagerat de rapidă şi care apare frecvent la persoane cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabilitate, în timp ce *bradilalia* se manifestă printr-o vorbire rară, lentă, încetinită, cu exagerări maxime a acestor caracteristici în oligofrenie. *Aftongia* ia naştere atunci când, în muşchii limbii, se produce un spasm tonic, de lungă durată, iar *tulburările coreice* sunt determinate de ticuri nervoase sau coreice ale muşchilor fonoarti-culatori, mimicii, care se manifestă concomitent cu producerea vorbirii. **Tulburările vocii** s*unt distorsiuni ale spectrului sonor ce se referă la: intensitatea, înălţimea, timbrul şi rezonanţa sunetelor.*
(C. Stănică, E. Vrăsmăs, 1997), cele mai frecvente fiind: *vocea de cap, vocea oscilantă, vocea gravă, vocea răguşită, afonia, fonastenia etc.* **Tulburările de limbaj scris – citit** *sunt incapacităţi paradoxale totale în învăţarea şi formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacităţi parţiale denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existenţei unor factori psiho-pedagogici necorespunzători sau neadecvaţi la structura psihică a individului, a insuficienţelor în dezvoltarea psihică şi a personalităţii, a modificărilor morfo-funcţionale de la nivelul sistemului nervos central, a deficienţelor spaţio-temporale şi psihomotricităţii, a nedez-voltării vorbirii care se manifestă prin apariţia de confuzii frecvente intre grafemele şi literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, substituiri de cuvinte, sintagme, deformări de litere, neînţelegerea completă a celor citite sau scrise etc.* (E. Verza, 1983, p.58). Tulbu-rările de scris-citit se pot clasifica în: parţiale (disgrafia, dyslexia) şi totale (agrafia şi alexia). **Tulburările de dezvoltare a limbajului** sunt de două tipuri: *mutismul electiv, psihogen sau voluntar şi întârzierile în apariţia şi dezvoltarea limbajului.* **Tulburări de limbaj cu substrat neurologic** sunt de două tipuri: alalia şi afazia, prima presu-punând *imposibilitatea de a vorbi din naştere*, cu toate că nu există dificultăţi de ordin senzorial sau de intelect mari care să împiedice însuşirea limbajului de către copil, iar cea de-a doua *reprezentând incapacitatea de a vorbi la o persoană care înainte avea comporta-ment verbal normal.*

În corectarea acestor deficienţe de limbaj se utilizează două categorii de metode: unele de *ordin general* (gimnastica şi miogim-nastica corpului şi a organelor care participă la realizarea pronunţiei, educarea respiraţiei şi a echilibrului dintre inspir şi expir, educarea auzului fonematic şi educarea personalităţii logopatului – persoanei cu tulburare de limbaj), iar alte metode sunt specifice fiecărei categorii de handicap de limbaj în parte.

Polihandicapul reprezintă o asociere de două sau mai multe handicapuri la una şi aceeaşi persoană, cele două deficienţe fiind, de regulă, consecutive una celeilalte. Cele mai importante şi grave în acelaşi timp polihandicapuri sunt **autismul** şi **surdocecitatea**.

Autismul („autos” → gr. înseamnă „sine însuşi”) reprezintă o închidere în sine a persoanei ducând la o desprindere a acesteia de realitate şi la o intensificare a vieţii sale imaginative. Putând apărea foarte de timpuriu (înaintea vârstei de 2 ½ ani) şi fiind mai frecvent la băieţi decât la fete (de 2 până la 4 ori mai mult) acest polihandicap presupune o serie de **caracteristici specifice**: existenţa unor dificultăţi de limbaj şi de comunicare, a unor discontinuităţi în dezvoltare şi învăţare, a unor deficienţe perceptuale şi relaţionale, a unor tulburări acţionale şi comportamentale, precum şi disfuncţionalităţi ale proce-selor, însuşirilor şi funcţiilor psihice. Copilul autist se caracterizează prin lipsa nevoii de comunicare, limbajul acestuia având un accentuat caracter solilocvic şi o structură gramaticală imatură. Sunt prezente frecvent ecolalia întârziată, verbalizările şi inversarea pronumelor („tu” în loc de „eu”), existând o discrepanţă între posedarea vocabularului şi abilitatea de a-l folosi ca mijloc de comunicare socială. Specifice acestui polihandicap sunt dificultăţile perceptuale (exemplu: lipsa reacţiilor la stimuli foarte puternici, atracţia pentru obiecte / stimuli nerelevanţi pentru un copil normal), dezvoltarea paradoxală pe diferite paliere (exemplu: învaţă uşor să facă înmulţiri, dar nu poate să numere până la 10), tulburările acţionale şi comportamentale (stereotipii – gestuale sau sub forma activităţilor repetitive – comportamente de automutilare şi de autostimulare – tactilă, kinestezică, auditivă, vizuală). La autist, întreaga activitate psihică presupune disfuncţionalităţi, acestea manifestându-se la nivel afectiv-motivaţional (lipsă de interes pentru contact social sau pentru trăirile celor din jur, imaturitate afectivă), cognitiv (anomalii în dezvoltarea aptitudinilor cognitive) etc.

Etiologia autismului a stârnit serioase controverse între partizanii organogenezei şi cei ai psihogenezei, în fapt geneza acestui polihandicap fiind multifactorială. Teoriile psihogene (B. Bettlheim, M. Mahler, Tustin etc.) susţin interpretarea autismului ca retragere a subiectului faţă de tot ceea ce a fost perceput rece, ostil şi pedepsitor în mediul înconjurător, cauza fiind reprezentată de carenţele educa-ţionale şi afective ale copilului. Cercetările recente arată totuşi că nu se poate stabili o legătură absolută între autismul infantil şi comportamentul părinţilor. Teoriile organogenetice (A. Van Krevelen, L. Bender, Rimland etc.) analizează autismul ca rezultat al unor disfuncţii de natură biochimică sau de dezvoltare insuficientă a creierului. Potrivit acestor abordări, autis-mul apare ca rezultat al unui defect înnăscut sau precoce achiziţionat în echipamentul biologic al copilului. Teoriile comportamentale (Fester, J. K. Wing etc.) iau drept origine a sindromului autist exteriorul, mediul, polihandicapul luând naştere dintr-un şir de comportamente învăţate, pe fondul unor recompensări şi pedepse aplicate repetitiv copilului de către adult.

Pentru **tratarea autismului** trebuie cunoscută evoluţia lui, prognosticul, precum şi factorii care-l influenţează (QI – coeficientul de inteligenţă al copilului, etiologia polihandicapului, vârsta copilului, depistarea precoce a semnelor specifice acestei polideficienţe etc.). În abordarea recuperatorie a cazurilor de autism există mai multe modalităţi de intervenţie: **abordarea psihomedicală** (tratamentul fiind axat pe diminuarea anxietăţii şi a agitaţiei copilului autist şi bazat pe folosirea chimioterapiei, a electroşocurilor – de către unii psihiatrii – tehnică puternic combătută astăzi, a „masajului sugarului”, cu origine în masajul indian), **abordarea psihologică** a autismului (cu variantele ei: psihodinamică – presupunând îndepărtarea copilului de acasă şi plasarea lui într-un alt mediu, unde va întâlni un consultant – „mama” înţelegător şi de încredere, deschis la nevoile copilului, metoda comportamentală, aplicată atât copiilor autişti – sistem întărire – stingere – pedepsire, cât şi părinţilor lor – aceştia învăţând să fie terapeuţi pentru proprii copii şi metoda existenţial-umanistă, ce presupune plasarea autistului într-un mediu cald, potenţial furnizor de resurse pozitive pentru copil. În afara acestor abordări mari în tratarea autismului, există şi alte strategii de tratament, focalizate pe atingerea următoarelor obiective: stimularea dezvoltării normale a copilului autist, dezvoltarea motricităţii lui, căpătarea autonomiei personale, creşterea calităţii relaţiilor sale sociale, dezvoltarea cognitivă pe fondul reducerii rigidităţii şi înlăturării sau reducerii problemelor de comportament non-specifice (de somn, de nutriţie, accese de furie, angoase, comportamente distructive etc.), dezvoltarea limbajului etc. Pentru a atinge aceste scopuri este necesară **dezvoltarea jocului** la aceşti copii cu polideficienţă, jocul fiind poate fi cel mai eficient mijloc de intervenţie recuperatorie în cazul autismului.

Surdocecitatea, polihandicap ca şi autismul, este însă o **deficienţă multisenzorială**, constând în coexistenţa la aceeaşi persoană a două sau mai multe tipuri de deficienţe de ordin senzorial (de văz şi de auz). Aşadar, surdocecitatea presupune lezarea celor trei canale de comunicare a individului cu mediul: văzul, auzul şi canalul verbal. Persoanele cu acest polihandicap au un anumit grad de deficienţă în folosirea simţurilor de distanţă (de telerecepţie), un prag scăzut de tolerare a senzaţiilor tactile, dificultăţi şi întârzieri în învăţarea deprinderilor de igienă corporală, sunt frecvent frustrate şi au comportamente de tip indisciplină, precum şi perturbări în sfera socio-afectivă şi cea cognitivă. Alte caracteristici posibile sunt: acţiunile negative şi contrareacţiile, comportamentele de tip auto-stimulare etc. **Recuperarea** în cazul **surdocecităţii** urmăreşte învăţa-rea copilului să-şi folosească vederea-auzul reziduale (acolo unde există potenţial) şi să-şi dezvolte deprinderile motorii esenţiale, modalităţi eficiente de comunicare, deprinderi de viaţă elementare

etc. Pentru aceasta este necesar un mediu stimulativ-reacţional şi nu unul dirijat, dialogul cu copilul cu surdocecitate trebuind să se realizeze constant şi cât mai adecvat cu putinţă.

BIBLIOGRAFIE OBLIGATORIE

1. P. Arcan, D. Ciumăgeanu, *Copilul deficient mintal*, Editura Facla, Timişoara, 1980.
2. M. D. Avramescu, *Defectologie şi logopedie*, Editura Fundaţiei *România de Mâine*, Bucureşti, 2002.
3. D. Damaschin, *Defectologia. Teoria şi practica compensaţiei. Nevăzători, ambliopi, orbi-surdomuţi*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.